



National VIP Provider Payment Centre
Centre de paiement des fournisseurs nationaux
du PAAC
PO Box 6200 - CP 6200
STN LCD 1 - Succ. LCD 1
Moncton NB E1C 8R2
1-888-261-4033

ADULT RESIDENTIAL CARE
SOINS INSTITUTIONNELS POUR ADULTE

INTERMEDIATE CARE
SERVICES DE SOINS INTERMÉDIAIRES

Veterans Independence Program
Programme pour l'autonomie des anciens combattants

☐ SECOND BILLING (PLEASE CHECK)
DEUXIÈME FACTURATION (VEUILLEZ COCHER)

CLAIM NUMBER - N° DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT _____

PROVIDER INFORMATION				INFORMATION DU FOURNISSEUR			
Name - Nom _____				Provider No. - N° du fournisseur _____		Type - Genre _____	
Address - Adresse _____							
City - Ville _____				GST No. - N° de TPS _____			
Province _____		Postal Code - Code postal _____		Telephone - N° de téléphone _____			

CLAIM INFORMATION				RENSEIGNEMENTS				
Description & Code Description et code	Billing Period Période de facturation D - J M - M Y - A			Number of Days / Months Nombre de jours / mois	Daily/Monthly Rate Taux Quotidiens/ mensuels	Total Charge Frais totaux	Less Accommodation & Meal Fee Moins l'hébergement et les repas	Total Amount Billed to VAC Montant total facturé à ACC
Adult Residential Care Soins institutionnels pour adulte Benefit Code Code d'avantage : 345510								
TOTAL - TOTAUX :								

OR - OU								
Description & Code Description et code	Billing Period Période de facturation D - J M - M Y - A			Number of Days / Months Nombre de jours / mois	Daily/Monthly Rate Taux Quotidiens/ mensuels	Total Charge Frais totaux	Less Accommodation & Meal Fee Moins l'hébergement et les repas	Total Amount Billed to VAC Montant total facturé à ACC
Intermediate Care Services de soins intermédiaires Benefit Code Code d'avantage : 345512								
TOTAL - TOTAUX :								

CLIENT INFORMATION				INFORMATION DU CLIENT			
Name - Nom _____				Health Identification Card no. N° de carte d'identité de santé K _____			
AUTHORIZATION NO. - N° D'AUTORISATION _____							
Address - Adresse _____				City - Ville _____			
Province _____		Postal Code - Code postal _____		Telephone - N° de téléphone _____			

CERTIFICATION				DÉCLARATION			
I hereby certify that the above benefits have been rendered and that any information relating to these benefits, as well as copies and supporting documentation of this information, may be obtained by Blue Cross on behalf of VAC. J'atteste par la présente que les avantages ci-dessus ont été rendus et que les renseignements relatifs à ces avantages ainsi que les photocopies et la documentation associées à l'information peuvent être obtenus par Croix Bleue, pour le compte d'ACC.							
Client or Client Representative's Signature Signature du client ou du représentant du client		Date _____		Provider's Original Signature / Stamp Signature originale / tampon du fournisseur		Date _____	

Please submit white copy to Blue Cross and retain yellow copy for your records.
Veuillez faire parvenir la copie blanche à Croix Bleue et
verser la copie jaune à votre dossier.

* Instructions on reverse - * Instructions au verso



INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE CLAIM FORM

PROVIDER INFORMATION

Enter or stamp your provider name, address, GST number and telephone number.
Enter your provider type and identification number as identified in the introduction letter.
Please indicate with a check mark if this is a second billing.

CLAIM INFORMATION

Enter the billing period using day - month - year format.
Enter the total charge.
Enter amount the client is responsible for.
Enter amount to be billed to VAC.

CLIENT INFORMATION

Enter the client’s name, address and telephone number.
Enter the client’s Health Identification Number located on the client’s Health Identification Card.

CERTIFICATION INFORMATION

The client / client representative’s signature and date are required in the field indicated.
The provider’s original signature / stamp and date are required in the field indicated.

IMPORTANT: THE PROVIDER’S ORIGINAL SIGNATURE / STAMP, THE DATE AND THE CLIENT / CLIENT REPRESENTATIVE’S SIGNATURE MUST BE ON THE CLAIM FORM AND A COPY MUST BE KEPT ON FILE FOR AUDIT PURPOSES. PHOTOCOPIES OF SIGNATURES WILL NOT BE ACCEPTED.

INSTRUCTIONS EN VUE DE REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU FOURNISSEUR

Inscrire ou apposer le nom, l’adresse, N° de TPS et le numéro de téléphone du fournisseur.
Inscrire le type et le numéro d’identification du fournisseur précisés dans la lettre de présentation.
Veuillez cocher s'il s'agit d'une deuxième facturation.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Inscrire la période de facturation en respectant le format jour, mois, année.
Inscrire les frais totaux.
Inscrire le montant pour lequel le client est responsable.
Inscrire le montant total facturé à ACC.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU CLIENT

Inscrire le nom, l’adresse et le numéro de téléphone du client.
Inscrire le numéro d’identité de santé du client. Se reporter à la carte d’identité de santé du client.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DÉCLARATION

Le client / représentant du client doit apposer sa signature et inscrire la date dans le champ indiqué.
Le fournisseur doit apposer sa signature originale / tampon et inscrire la date dans le champ indiqué.

IMPORTANT : LA SIGNATURE ORIGINALE / TAMPON DU FOURNISSEUR, LA DATE ET LA SIGNATURE DU CLIENT / REPRÉSENTANT DU CLIENT DOIVENT FIGURER SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT, ET UNE COPIE DE CELLE-CI DOIT ÊTRE VERSÉE AU DOSSIER AUX FINS DE VÉRIFICATION. LES PHOTOCOPIES DE SIGNATURES NE SERONT PAS ACCEPTÉES.